



POUVOIR JUDICIAIRE

A/47/2019

ATAS/1070/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 12 novembre 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée \_\_\_\_\_, à Châtelaine, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard  
PETITAT

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Philippe LE GRAND  
ROY, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1961, ressortissante polonaise, veuve depuis 2009, mère d'B\_\_\_\_\_ et de C\_\_\_\_\_, nées respectivement le \_\_\_\_\_ 1992 et le \_\_\_\_\_ 1999, a exercé diverses activités dans son pays d'origine entre 1980 et 2003 avant de séjourner en France de 2004 à 2010, où elle occupait la fonction de gouvernante auprès de personnes âgées et de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Après son arrivée en Suisse en 2011, elle a travaillé en son nom et pour son compte dans le secteur du service à domicile, de préférence au profit de personnes âgées, jusqu'à début décembre 2012, époque à laquelle le Tribunal fédéral a confirmé, sur recours de l'intéressée, qu'elle ne remplissait pas les conditions pour se voir reconnaître le statut d'indépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_548/2012 du 21 novembre 2012). Elle émerge à l'aide sociale depuis septembre 2012.
2. Le 7 septembre 2012, suite à une agression perpétrée par son colocataire, l'assurée a subi un traumatisme facial entraînant une incapacité de travail entière jusqu'au 14 septembre 2012.
3. Le 26 janvier 2013, alors qu'elle descendait d'un train, elle a glissé et chuté, ce qui a eu pour conséquence une fracture tri-malléolaire de la cheville gauche traitée par fixateur externe le 1<sup>er</sup> février 2013 et ostéosynthèse définitive le 7 mars 2013. Les suites immédiates de cet accident ont été prises en charge par ASSURA, au titre de l'assurance-accident complémentaire à l'assurance obligatoire des soins.
4. En incapacité de travail totale depuis le 27 janvier 2013, l'assurée a adressé en date du 18 novembre 2013 une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
5. Dans un rapport du 20 décembre 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a fait état de douleurs mécaniques de la cheville gauche excluant, selon lui, un « travail physique avec beaucoup de marche ». En revanche, une activité adaptée était exigible à 50% depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013.
6. Le 13 mai 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire, sans changement dans les diagnostics. En attendant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le pronostic était réservé et la capacité de travail nulle dans toute activité.
7. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été pratiquée en août 2014.
8. Le 28 mai 2015, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin adjoint, responsable de la consultation du pied et de la cheville auprès des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG), a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs non seulement

---

mécaniques (i.e. apparaissant lors de la marche), mais aussi inflammatoires. Après deux ans de physiothérapie intensive, il n'y avait pas eu d'amélioration notable ; l'assurée avait toujours de la peine à marcher et des douleurs la gênaient au quotidien. À l'examen clinique, on notait une cheville raide avec une flexion dorsale quasi-inexistante et des douleurs péri-malléolaires. À la radiographie, on notait une déminéralisation – probablement due à la faible mobilité – et une arthrose de la cheville légère à moyenne.

9. Le 9 novembre 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de confier une expertise orthopédique au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique au Centre médical de H\_\_\_\_\_.
10. L'expert a rendu son rapport le 10 février 2016, après un examen de l'assurée et une évaluation de ses capacités fonctionnelles réalisée les 13 et 14 janvier 2016 au Centre universitaire hospitalier du canton de Vaud (CHUV).

Le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'athralgies persistantes de la cheville gauche avec ankylose articulaire résiduelle, de status après ostéosynthèse, de status après probable CRPS (Complex Regional Pain Syndrome), de probable kinésiophobie et de probable état anxio-dépressif réactionnel.

Sur le plan professionnel, l'assurée n'était plus capable d'exercer son activité d'aide aux personnes âgées (incapacité de travail totale depuis le 26 janvier 2013), mais, dans une activité adaptée, ne nécessitant ni déplacement, ni manutention de charges, sa capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 25% pour permettre les changements de position.

11. Le 1<sup>er</sup> avril 2016, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expert et précisé que l'assurée disposait, depuis janvier 2016, d'une aptitude à la réadaptation lui permettant d'exercer une activité adaptée à ses limitations (poste principalement sédentaire, sans port de charges, permettant de changer de position au minimum une fois par heure, n'impliquant ni genuflexion, ni position accroupie, ni montée ou descente d'escaliers, ni activités en hauteur ou sur terrain instable), avec une diminution de rendement de 25%.
12. Dans un rapport du 19 mai 2016 (parvenu à l'OAI le 27 juin 2016), le docteur I\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que les radiographies du jour montraient des troubles dégénératifs tibio-taliens au « versant postérieur », sans signe radiologique d'atteinte des articulations sous-taliennes ou du médio-pied, et que l'IRM du 9 décembre 2014 révélait des remaniements post-traumatiques dégénératifs de l'articulation tibio-talienne postérieure. On était donc en présence d'une arthrose post-traumatique intéressant la partie postérieure de l'articulation tibio-talienne, fortement invalidante, avec échec des mesures conservatrices, pour lesquelles ce médecin retenait l'indication à une intervention chirurgicale.
13. Le 13 juin 2016, le responsable de groupe de réadaptation de l'OAI a estimé qu'en l'absence de données salariales autres qu'un chiffre d'affaires brut de CHF 25'915.-

ressortant de la déclaration d'impôts 2012, il convenait de se référer aux données statistiques tant pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidité. Étant donné que l'assurée était, depuis septembre 2012, assistée par l'Hospice général (et pas réellement dans une dynamique de recherche d'emploi) et que le tableau TA1 (ligne total) offrait un large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant aucune formation spécifique, des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas, sous réserve d'une éventuelle aide au placement et pour autant que l'assurée en fit la demande.

14. Le 24 mai 2016, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée.

Se référant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2014), plus précisément au tableau TA1 (tirage « skill level »), ligne « total » pour une femme, il a considéré que l'assurée pouvait obtenir, malgré l'atteinte à sa santé, 4'300.- CHF/mois, soit 51'600.- CHF/an. En tenant compte d'une durée normale du travail de 41.7 heures par semaine, cela conduisait à un revenu de 53'793.- CHF/an (51'600.- x 41.7 / 40), correspondant en 2015 à un montant de CHF 54'055.- après indexation selon l'évolution des salaires nominaux (ISS en 2014 : 2'673 et en 2015 : 2'686 ; soit CHF 53'793.- x 2'686 / 2'673). Après réduction de 25% correspondant à la diminution de rendement, le revenu annuel brut s'établissait à CHF 40'541.-.

La comparaison au revenu annuel brut sans invalidité réactualisé (CHF 54'055.-) révélait une perte de gain de CHF 13'514.- correspondant à un degré d'invalidité de 25% ( $54'055 - 40'541 / 54'055 = 0.25$ ).

15. Dans un rapport du 10 juin 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé une arthrose post-traumatique avancée sur la cheville gauche. Après discussion avec l'assurée, une opération de mise en place d'une prothèse totale de la cheville aurait lieu à la fin de l'été.
16. Cette intervention a été pratiquée le 5 septembre 2016 et a entraîné une totale incapacité de travail jusqu'au 16 octobre 2016 (cf. certificat du 9 septembre 2016).
17. Le 27 juillet 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 mars 2016.

Selon l'OAI, à l'issue du délai d'attente d'un an, soit en janvier 2014, l'assurée était totalement incapable d'exercer la moindre activité. Le versement de la rente ne pouvait toutefois prendre naissance avant l'écoulement d'un délai de six mois à compter du dépôt de la demande, lequel remontait à novembre 2013).

Dès janvier 2016, l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière (avec un rendement diminué de 25%) dans une activité adaptée, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 25%. La rente était donc supprimée trois mois plus tard.

Des mesures professionnelles ne se justifiaient pas dès lors qu'un large éventail d'activités adaptées était accessible à l'assurée.

18. Le 2 août 2017, cette dernière a fait part de son désaccord avec ledit projet.  
L'assurée a contesté avoir recouvré une pleine capacité de travail en janvier 2016 et produit à l'appui de sa position un certificat « temporaire » établi le 8 mars 2017 par le docteur J\_\_\_\_\_, médecin interne au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, attestant d'une totale incapacité de travail du 8 mars au 16 avril 2017.
19. Le 10 octobre 2017, le SMR a constaté qu'il ressortait des pièces médicales versées au dossier et plus particulièrement des rapports du Dr I\_\_\_\_\_ que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé dès avril 2016 (douleurs persistantes de la cheville sur arthrose tibio-talienne sévère post-traumatique) au point de justifier, le 5 septembre 2016, la pose d'une prothèse de la cheville gauche. Il convenait d'investiguer la question de l'évolution de l'état de l'assurée depuis cette intervention.
20. Dans un rapport du 23 octobre 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de l'assurée de stationnaire, sans changement dans les diagnostics, avec limitations et douleurs à la mobilisation de la cheville gauche.
21. Le 30 octobre 2017, le docteur K\_\_\_\_\_, du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, a mentionné une lente amélioration. L'assurée se soumettait à des séances de physiothérapie, mais le pronostic était mitigé. L'état de santé s'était globalement amélioré depuis décembre 2016, mais le périmètre de marche demeurait limité. Le médecin ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, qu'il n'avait pas revue depuis mars 2017, mais, selon le certificat établi le 8 mars 2017 par le Dr J\_\_\_\_\_, elle « devrait avoir repris à 100% le 17/4/2017 ».
22. Par pli du 21 novembre 2017, l'assurée a signalé à l'OAI qu'elle n'avait jamais rencontré le Dr K\_\_\_\_\_, auteur du rapport du 30 octobre 2017.
23. Le 27 décembre 2017, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport de contrôle établi le 30 novembre 2017 par le « team pied/cheville » des HUG, relatif à une consultation donnée le 8 novembre 2017 à treize mois (recte : quatorze mois) de la mise en place de la prothèse totale de la cheville gauche. Sans se prononcer sur une reprise du travail, ce rapport précisait que la durée prévisible du traitement était d'une année, que l'évolution était favorable et le pronostic bon.
24. Le 23 octobre 2018, le SMR a estimé que l'aggravation n'avait donc été que temporaire et qu'il fallait s'en tenir à ses conclusions du 1<sup>er</sup> avril 2016, hormis une période d'incapacité totale entre septembre 2016 (époque à laquelle la prothèse avait été implantée) et avril 2017.
25. Le 26 octobre 2018, l'OAI a invité la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CCGC) à notifier à l'assurée une décision lui octroyant une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 mars 2016 et du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 mars 2017 et à calculer les prestations dues.

26. S'en est suivi une décision du 20 novembre 2018 fixant le montant de la rente mensuelle à CHF 230.- du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 décembre 2014, assortie d'une rente complémentaire de CHF 77.-. Du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 mars 2016, le montant des prestations a été fixé à CHF 231.-, respectivement 77.- en application de l'échelle de rente 5, sur la base d'un revenu annuel moyen déterminant de CHF 38'070.-, d'une durée de cotisations de deux années et sept mois et de deux bonifications entières pour tâches éducatives.

Cette décision prévoyait, sur le principe, une seconde période de rente du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 mars 2017, mais ne mentionnait ni calcul, ni montant y relatif.

27. Le 7 janvier 2019, l'assurée, représentée par un mandataire, a interjeté recours contre cette décision en concluant principalement à l'octroi de prestations au-delà du 31 décembre 2016 (sic), à l'octroi d'une deuxième rente complémentaire simple pour son autre enfant, subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens.

À l'appui de ses conclusions, la recourante fait valoir que la décision litigieuse est peu claire. La suppression de la rente entière au 31 mars 2017 semble ne pas tenir compte de l'aggravation subséquente de son état de santé, pourtant admise par le SMR dont elle conteste la conclusion selon laquelle cette aggravation ne serait que temporaire. Certes, dans son rapport du 30 octobre 2017, le Dr K\_\_\_\_\_ fait mention d'un retour à une capacité de travail entière dès le 8 mars 2017 (recte : 17 avril 2017), mais elle n'a jamais rencontré ce praticien.

28. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 7 mars 2019, a conclu à l'admission partielle du recours et à l'octroi d'une rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 juillet 2017, le droit à la rente ne prenant fin que trois mois après la stabilisation de l'état de santé du 17 avril 2017.

L'intimé se réfère à un nouvel avis du SMR, émis le 6 mars 2019, constatant qu'une arthrose tibio-talienne sévère post-traumatique a été mise en évidence en avril 2016 et concluant à une totale incapacité entre avril 2016 et avril 2017, le Dr K\_\_\_\_\_ ayant mentionné une reprise à 100 % dès le 17 avril 2017.

L'intimé produit pour le surplus une détermination de la CCGC, laquelle admet avoir omis d'octroyer non seulement une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 mars 2017, mais aussi une seconde rente complémentaire en faveur de la fille aînée de l'assurée du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 mars 2016.

Copie est produite d'une nouvelle décision rendue par la CCGC en date du 4 mars 2019, annulant et remplaçant celle du 20 novembre 2018 et réparant les omissions évoquées. Cette décision fixe à CHF 230.- le montant de la rente mensuelle entière due à la recourante du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2014, assortie de deux rentes complémentaires de CHF 64.- chacune (pour cause de sur-assurance).

---

Elle fixe à CHF 231.-, respectivement à CHF 65.- le montant des prestations correspondantes allouées pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 mars 2016.

Enfin, elle précise que, du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 mars 2017, aucune prestation n'est due pour la fille aînée. La recourante se voit accorder une rente mensuelle entière de CHF 341.-, assortie d'une rente complémentaire de CHF 114.- pour sa cadette, en application de l'échelle de rente 7, d'un revenu annuel moyen déterminant de CHF 42'300.-, d'une durée de cotisations de quatre années et sept mois et de quatre demi-bonifications pour tâches éducatives.

29. Dans sa réplique du 2 avril 2019, la recourante souligne avoir été suivie aux HUG, par le Dr J\_\_\_\_\_ et non le Dr K\_\_\_\_\_. Elle fait remarquer que, s'agissant de sa capacité de travail, ce dernier n'a fait que renvoyer au rapport intermédiaire du 8 mars 2017 du Dr J\_\_\_\_\_. Or, à cette époque, la reprise envisagée pour le 17 avril 2017 était d'autant plus hypothétique que le rapport de contrôle établi le 30 novembre 2017 par le « team pied/cheville » des HUG, suite à la consultation du 8 novembre 2017, a mentionné un traitement d'une durée d'une année. L'hypothèse d'une reprise du travail le 17 avril 2017 est également contredite par d'autres rapports plus récents, notamment :

- une IRM du 3 décembre 2018, motivée par le suivi d'une lésion nécrotique postéro-interne du tibia, mentionnant un infarcissement osseux de la métaphyse postéro-interne distale du tibia ;
- un échange de courriels entre les Drs E\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, ce dernier indiquant, le 19 décembre 2018, que si l'infarctus osseux était toujours présent, il convenait d'envisager une intervention pour curetage et greffe ;
- une scintigraphie osseuse du 14 février 2019, concluant à des remaniements dégénératifs intensément hyperfixants entre la malléole interne et le processus médial du talus gauche ;
- une liasse de certificats d'arrêt de travail à 100%, établis par le Dr E\_\_\_\_\_, couvrant sans interruption la période du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 30 avril 2019.

Par ailleurs, la recourante conteste la décision du 4 mars 2019. Elle lui reproche d'une part, de ne pas tenir compte des cotisations prélevées en Pologne durant vingt-deux ans et un mois attestées par un formulaire E 205 complété par les autorités polonaises le 27 février 2017, d'autre part, de ne pas respecter les conclusions prises par l'intimé dans sa réponse du 7 mars 2019.

30. Par écriture du 6 mai 2019, l'intimé a persisté dans sa position précédemment exprimée, selon laquelle la recourante a recouvré, le 17 avril 2017, une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Il considère que les certificats d'arrêt de travail du Dr E\_\_\_\_\_ ne constituent pas des éléments probants.

Pour le surplus, il produit une nouvelle détermination de la CCGC, datée du 3 mai 2019.

Celle-ci explique que si aucune rente complémentaire n'a été octroyée à la fille aînée de l'assuré du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 mars 2017, c'est parce que l'attestation scolaire de l'année 2016-2017 ne lui est parvenue que le 2 avril 2017 – date à laquelle elle a été versée à la procédure.

Elle suggère de rendre une décision additionnelle concernant cette rente pour la période concernée.

31. Le 7 mai 2019, la Cour de céans a accordé à la CCGC un délai au 31 mai 2019 pour ce faire.

32. Le 14 mai 2019, la recourante a produit, notamment :

- un rapport du 23 avril 2019 du docteur L\_\_\_\_\_, chef de clinique aux HUG (service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur), répondant à une série de questions après une consultation : l'assurée était suivie dans un contexte d'arthrose tibio-talienne depuis sa fracture tri-malléolaire de janvier 2013 ; depuis la mise en place d'une prothèse, en septembre 2016, elle était suivie pour des douleurs dans le compartiment interne dans le contexte d'une ostéonécrose métaphysaire postéro-interne du tibia, mise en évidence à l'IRM du 3 décembre 2018 ; s'y ajoutait un remaniement dégénératif intense, hyperfixant entre la malléole interne et le processus médial du talus, mis en évidence lors de la scintigraphie du 15 février 2019 ; l'évolution depuis le 17 avril 2017 montrait une apparition des douleurs dans le compartiment interne de la cheville gauche avec une fatigue généralisée, nécessitant une reprise des moyens auxiliaires afin de soulager ces douleurs ; le Dr L\_\_\_\_\_ avait prescrit de la physiothérapie et des antalgiques ; invité à se prononcer sur les limitations de sa patiente et sa capacité de travail, le médecin ne s'est pas prononcé, considérant que ces questions relevaient d'une expertise ; il a précisé qu'au vu des résultats obtenus lors du Spect-CT (scintigraphie) du 14 février 2019, une intervention chirurgicale par arthroscopie était prévue afin de procéder à un débridement dans le compartiment médial pathologique ;
- un courrier du 29 mars 2019 du Dr E\_\_\_\_\_ relatant que, suite à la pose de la prothèse de la cheville, les douleurs avaient nettement diminué, mais recommencé à être invalidantes dès le printemps 2017, probablement suite au processus dégénératif (lésions dégénératives de la cheville) ; par ailleurs, en raison, notamment, de sa boiterie, l'assurée avait présenté une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec radiculalgies importantes durant l'été 2018 ; les limitations étaient principalement dues aux douleurs, rendant la mobilité difficile ; le Dr E\_\_\_\_\_ évaluait la capacité de travail « à 50 % en tant que comptable ».

Au vu de ces éléments, la recourante conclut, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise.

33. Le 29 mai 2019, l'intimé a produit une nouvelle détermination de la CCGC.

Celle-ci indique avoir rendu, en date du 23 mai 2019, une décision additionnelle à celle du 4 mars 2019, octroyant une rente complémentaire pour la fille aînée de la recourante, de septembre 2016 à mars 2017. Il en ressort que, durant cette période, les rentes complémentaires doivent être fixées à 82.- CHF/mois chacune, ce qui représente un total de CHF 1'148.- (soit 7 x CHF 164.-) qui, après prise en compte des intérêts moratoires (CHF 13.-) et déduction des rentes déjà versées pour la cadette (CHF 798.-, soit 7 x CHF 114.- selon décision du 4 mars 2019), conduit à un solde en faveur de la recourante de CHF 363.-.

34. Le 25 juin 2019, la recourante a contesté ce montant en reprochant à la caisse de n'avoir pas tenu compte des cotisations prélevées en Pologne.
35. Par écriture spontanée du 8 octobre 2019, la recourante a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré mais, au contraire, péjoré.

Elle indique avoir subi une nouvelle intervention le 5 juillet 2019 (levée, sous arthroscopie, du conflit sur prothèse de la cheville gauche).

Elle produit une prescription de physiothérapie délivrée le 1<sup>er</sup> octobre 2019 par le Dr I\_\_\_\_\_, précisant que ce traitement de longue durée, à visée analgésique/anti-inflammatoire, a également pour but une amélioration de la fonction articulaire.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant

---

la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).

4. Il convient de déterminer préalablement l'objet du litige.

a. Aux termes de l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (reconsidération *pendente lite*).

L'assureur social est tenu de notifier sa décision de reconsidération, appelée à remplacer la décision (ou décision sur opposition) contestée par la voie du recours, sans délai aux parties et d'en donner connaissance à l'autorité de recours conformément à ce que prévoit l'art. 58 al. 2 de la loi fédérale sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 (PA – RS 172.021 ; applicable, comme l'art. 58 al. 3 PA, à la procédure en matière d'assurance sociale en vertu du renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA). Conformément à l'art. 58 al. 3 PA, l'autorité de recours continue à traiter le recours dans la mesure où la nouvelle décision de l'autorité inférieure ne l'a pas rendu sans objet (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1036/2012 du 21 mai 2013 consid. 3.3). En d'autres termes, le litige subsiste si la nouvelle décision ne correspond pas aux conclusions de la partie recourante ; dans ce cas, elle prend simplement le caractère d'une requête à l'autorité de recours (cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4<sup>ème</sup> éd. 2020, p. 988 n. 90 ; RCC 1992, p. 122 consid. 5a) et la procédure de recours se poursuit dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, indépendamment du fait que ce dernier ait ou non contesté la deuxième décision (ATF 113 V 237 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_526/2012 du 19 septembre 2012 consid. 4.2 ; Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, n. 105-106 ad art. 53).

b. Dans le cas particulier, l'intimé a proposé, dans sa réponse, de substituer une décision de rente entière, octroyée sans interruption du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 juillet 2017, à une décision prévoyant la même prestation sur un laps de temps plus court, scindé en deux périodes distinctes, du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 mars 2016, puis du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 mars 2017.

Ne restent donc litigieuses, à ce stade, que la question de savoir si la recourante a droit à des prestations au-delà de juillet 2017, ainsi que celle du calcul des prestations dues.

5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (phr. 1 de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (phr. 2 de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10

---

septembre 2015 consid. 4.1). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente avec effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c/bb. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58

---

consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

c/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

c/dd. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
11. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

---

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible notamment lorsqu'il apparaît nécessaire d'élucider une question demeurée non instruite jusque-là ou qu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. En l'espèce, la recourante conteste en substance la suppression de la rente au 31 juillet 2017, motif pris qu'il n'y a pas eu d'amélioration de son état de santé. L'intimé, quant à lui se fonde sur l'expertise du 10 février 2016 du Dr G\_\_\_\_\_ et les rapports du SMR pour justifier sa décision.

Il n'est ni contesté, ni contestable, qu'à l'issue du délai d'attente d'un an, soit en janvier 2014, la recourante présentait une incapacité de travail totale dans toute activité, lui ouvrant droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> mai 2014 pour cause de tardiveté de la demande (art. 29 al. 1 LAI).

C'est également à juste titre que l'intimé a finalement considéré que l'état de santé de la recourante s'était à nouveau dégradé en avril 2016 – en raison de douleurs persistantes de la cheville sur arthrose tibio-talienne sévère post-traumatique ayant nécessité la mise en place d'une prothèse de la cheville gauche le 5 septembre 2016 (cf. avis SMR du 10 octobre 2017) – au point d'entraîner une nouvelle incapacité totale de travail à compter de cette date (cf. avis SMR du 6 mars 2019) et de justifier par conséquent le maintien de la rente entière au-delà du 31 mars 2016.

Se pose en revanche la question du caractère temporaire de ladite aggravation. Le SMR, dans ses avis des 23 octobre 2018 et 6 mars 2019, tire principalement argument de ce que, selon le rapport du 30 octobre 2017 du Dr K\_\_\_\_\_, la recourante « devrait avoir repris à 100% le 17/4/2017 » pour conclure à l'exigibilité, dès avril 2017, d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Pourtant, plusieurs rapports médicaux versés au dossier, qui se prononcent sur l'évolution de l'état de santé de la recourante entre avril 2017 et la date (déterminante) de la décision attaquée, soit le 20 novembre 2018, permettent de douter sérieusement de l'exigibilité d'une activité adaptée dès avril 2017. En effet, même si la nouvelle intervention chirurgicale du 5 juillet 2019 est postérieure à la décision querellée, dans son rapport du 23 avril 2019, le Dr L\_\_\_\_\_ établit un lien entre l'apparition de douleurs dans le compartiment interne de la cheville en avril 2017 et ladite intervention. Le rapport du 29 mars 2019 du Dr E\_\_\_\_\_ va dans le même sens ; il expose que ces douleurs, dont il fait remonter l'apparition au printemps 2017, s'expliquent probablement par les lésions dégénératives de la cheville. Ce processus dégénératif est d'ailleurs documenté par imagerie (IRM du 3 décembre 2018 et scintigraphie osseuse du 14 février 2019).

A relever par ailleurs que la discopathie L4-L5 et L5-S1 avec radiculalgies importantes durant l'été 2018, rapportée par le Dr E\_\_\_\_\_ le 29 mars 2019, n'a fait l'objet d'aucune investigation de la part de l'intimé.

Eu égard à ces éléments, les conclusions du SMR, dont il convient de relever qu'elles ne reposent que sur le seul rapport du Dr K\_\_\_\_\_, qui renvoie lui-même au rapport d'un autre collègue qui ne consistait alors qu'en une simple hypothèse future infirmée par la suite, ne sauraient être considérées comme suffisamment étayées. D'autant moins que, s'agissant de la période à laquelle l'assurée était supposée avoir recouvré une capacité de travail, les Drs L\_\_\_\_\_ (rapport du 23 avril 2019) et E\_\_\_\_\_ (rapport du 29 mars 2019), ont fait état d'une recrudescence des douleurs de la cheville ayant finalement conduit à l'intervention du 5 juillet 2019.

Cependant, dans la mesure où aucun médecin ne se prononce de manière suffisamment circonstanciée sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis avril 2017, il s'impose de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire à ce sujet.

13. La recourante conteste également les montants de la rente et de la rente complémentaire pour enfant tels qu'ils ressortent de la décision litigieuse.

L'intimé a rendu plusieurs décisions pendente lite (décisions des 4 mars et 23 mai 2019).

Force est de constater que la dernière d'entre elles, rendue après la réponse du 7 mars 2019, est nulle de plein droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 7/02 du 12 mars 2004 consid. 3.2 in fine ; Ueli KIESER, op. cit., p. 988, n. 92 ad art. 53 LPGA).

Qui plus est, même si ces décisions remédient partiellement aux omissions de la décision du 4 mars 2019 (absence de rente complémentaire en faveur de la fille aînée du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 mars 2017 et absence de rentes du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 mars 2017), la Cour de céans ne saurait suivre les propositions que constituent les décisions des 4 mars 2019 et 23 mai 2019, ne serait-ce que parce que les calculs qu'elles contiennent ne tiennent pas compte de l'invalidité entière finalement reconnue à la recourante également pour la période intermédiaire du 1<sup>er</sup> avril au 31 août 2016. Cette lacune a en effet des conséquences, tant sur le montant du paiement rétroactif, que sur celui des intérêts moratoires et d'éventuelles retenues en faveur de l'Hospice général.

Sous les réserves qui précèdent, les calculs de la CCGC ne prêtent pas le flanc à la critique.

En effet, contrairement à ce que soutient la recourante, il ne saurait être reproché de n'avoir pas pris en compte les périodes d'assurance polonaises pour le calcul des rentes. Dès lors que la recourante remplit la condition de la période minimale de cotisation, les cotisations prélevées en Pologne ne jouent de rôle que pour le calcul de la rente servie par ce pays.

14. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse est réformée, en ce sens que la recourante se voit reconnaître le droit à une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 juillet 2017 sans interruption.

Il incombera à l'intimé de recalculer le montant de la rente principale et des rentes complémentaires durant cette période (étant rappelé que la fille aînée de la recourante a fêté ses 25 ans le 4 juin 2017 ; art. 25 al. 5 LAVS ; Directives concernant les rentes [DR] de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale, ch. 3347ss).

En outre, l'intimé investiguera l'évolution de l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur la capacité de gain à compter d'avril 2017 en mettant en œuvre, à cette fin, une expertise orthopédique auprès d'un expert indépendant, dont il communiquera préalablement le nom à l'assurée, ainsi que la liste des questions envisagées.

15. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

\*\*\*\*\*

PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Réforme la décision du 20 novembre 2018 en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 juillet 2017.
4. Renvoie la cause pour nouveau calcul des prestations dues sur cette période, au sens des considérants, et nouvelle décision.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations au-delà du 31 juillet 2017.
6. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- pour ses dépens, à charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF – RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le